



# Kirurgisen potilaan ohjaaminen

---

Valjakka, Kirsi

2013 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Porvoo

## Kirurgisen potilaan ohjaaminen

Valjakka Kirsi  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2013

Valjakka Kirsi

### Kirurgisen potilaan ohjaaminen

Vuosi	2013	Sivumäärä	40
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millä menetelmillä kirurgiset potilaat saivat ohjausta hoitohenkilökunnalta ja minkälaisista asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta. Hoitoaikojen lyhentymisen seurauksena potilasohjaus on tärkeänä tarkastelu- ja kehittämiskohteena kirurgisen potilaan hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimusmetodina käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Olemassa olevien tutkimusten joukosta valitsin opinnäytetyöhöni neljä tutkimusta, jotka käsittelivät kirurgisen potilaan ohjaamista. Opinnäytetyön viitekehyksessä käytin muina lähteinä aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, Internetiä, pro graduja sekä Hoitotyön/Hoitotieteen lehtien artikkeleita.

Tutkimusten analysoimisessa käytin sisällönanalyysia ja abstrahoin ohjaukseen liittyviä menetelmiä taulukoinnin avulla. Tutkimustuloksista ilmeni, että monipuolisten ohjausmenetelmien käyttäminen sekä niiden yhdistäminen takaavat laadukkaan potilasohjauksen. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus sekä kiireetön ilmapiiri auttoivat muodostamaan hyvän potilasohjauksen. Tasavertainen hoitosuhde tuki ohjaustilanteen hyvää ilmapiiriä sekä herätti luottamusta potilaissa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitohenkilökunnan perehdyttämisessä sekä kehitettäessä potilasohjausta. Opinnäytetyöni tulokset korostavat ennen kaikkea potilasohjauksen tärkeyttä sekä hoitohenkilökunnan asennoitumista potilasohjaukseen. Kirjallisten ja suullisten potilasohjeiden lisäksi on muitakin hyviä ohjausmenetelmiä, kuten ryhmäohjaus. Nykyajan tekniikka mahdollistaa myös entistä monipuolisempien ohjausmenetelmien käytön. Potilasohjauksella ja potilaan kokonaisvaltaisella huomioimisella on suuri merkitys potilastyytyväisyyteen sekä potilaiden itsehoidon tehostumisessa.

Asiasanat: kirurgia, potilasohjaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Valjakka Kirsi

**Guidance of surgical patient**

Year	2013	Pages	40
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine the methods that were used by nursing staff during treatment of surgical patients and the need of different kinds of guidance patients require. As the duration of treatment has become shorter, it is important to examine and develop patient guidance for surgical patients.

Systematic literature review was used as research method. I chose four pieces of current research on guidance for surgical patients, for my thesis. Other references included topic related literature, internet, master's theses, and articles from the Journals of Hoitotyö and Hoitotiede.

Content analysis was used in the analysis of the data, and a general concept of the methods of patient guidance was done by using tables. Based on the review, it can be concluded that a comprehensive patient guidance and the use of variable methods of guidance ensure good quality of patient guidance. Interaction between the patient and the nursing staff, and a relaxed atmosphere had a positive effect on patient guidance/counseling. Equal care relationship promoted good atmosphere and increased confidence in patient guidance situations.

The results of my thesis can be used during nursing staff introduction period and also when developing patient guidance. The research findings highlight the importance of patient guidance, as well as the attitude of nursing staff towards it. In addition to written and verbal instructions, there are other good methods of guidance such as group guidance. Modern technology enables the use of increasingly versatile methods. Patient guidance and a comprehensive consideration of patients' needs have effect on patient satisfaction and more effective patient self care.

Keywords: surgery, patient direction, systematic review of literature

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kirurgisen potilaan perioperatiivinen hoitotyö .....	7
2.1	Kirurgian taustaa .....	7
2.2	Preoperatiivinen hoitotyö .....	8
2.3	Intraoperatiivinen hoitotyö.....	10
2.4	Postoperatiivinen hoitotyö .....	10
3	Potilaan ohjaaminen.....	13
3.1	Potilaan ohjaamiseen vaikuttavia tekijöitä .....	13
3.2	Suullinen ohjaaminen .....	14
3.3	Kirjalliset potilasohjeet .....	15
3.4	Puhelinohjaus .....	15
4	Opinnäytetyössä käytettävät metodit ja toteuttaminen.....	17
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	17
4.2	Sisällönanalyysi .....	17
4.3	Opinnäytetyön tarkoitus ja toteuttaminen .....	18
4.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	19
5	Tulosten tarkastelu .....	20
5.1	Potilasohjauksessa käytettyjä menetelmiä .....	20
5.2	Potilasohjauksen kehittämiskohteita .....	21
6	Pohdinta .....	23
	Lähteet .....	27
	Liitteet .....	29
	Tutkimus: Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen	29
	Tutkimus: Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana.....	32
	Tutkimus: Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita .....	34
	Tutkimus: Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet .....	36
	Käsitteiden abstrahointi .....	39

## 1 Johdanto

Suomessa sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeiset tavoitteet ovat väestön terveyden edistäminen sekä yksilön elämänhallinnan ja omatoimisuuden tukeminen. Hoitotyön kansallisen tavoiteohjelman strategiana on, että potilaat pystyisivät huolehtimaan itsenäisesti terveydestään hoitohenkilökunnan antaman tiedon ja tuen avulla. Näihin tavoitteisiin voidaan päästä potilasohjauksella, joka on tärkeä osa hoitotyötä. Hyvän potilasohjauksen on todettu vähentävän hoitajaksoja sairaalassa ja näin ollen myös hoitokustannuksia. Potilasohjauksella on suorat vaikutukset myös potilaiden elämänlaatuun ja hoitoon sitoutumiseen. (Sonninen 2006, 6).

Suomessa tehdään vuosittain yli 550 000 leikkausta, joista suunniteltuja elektiivisiä leikkauksia on 65 % ja päivystysleikkauksia 35 %. Tänä päivänä suurin osa potilaista saapuu toimenpiteeseen leikkausjonosta ajanvarauksella, jolloin kyseessä on elektiivinen eli suunniteltu toimenpide. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaan ohjaamiseen varattua aikaa on entistä vähemmän. Potilaiden tulisi kuitenkin saada riittävät valmiudet hoitaa itseään, jolloin ohjaaminen hoitoprosessin joka vaiheessa on tärkeää. Lyhentyneet hoitoajat vaativat erityisesti huomion kiinnittämistä potilaan ohjaukseen ennen sairaalaan tuloa, sairaalassa ollessa ja sairaalasta lähdettäessä. Tutkimusten mukaan hoitajien päivittäisestä työajasta jopa 2,5 tuntia käytetään potilaiden ohjaamiseen. (Hammar 2011, 11; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 5-9; Lipponen 2004, 1-5).

Tutkimusmetodina tässä opinnäytetyössä käytän systemaattista kirjallisuuskatsausta ja aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Tähän opinnäytetyöhön olen valinnut useiden tutkimusten joukosta 4 tutkimusta, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiini. Tutkimukset on etsitty käyttäen erilaisia luotettavia tietokantoja. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millä menetelmillä kirurgiset potilaat saavat ohjausta hoitohenkilökunnalta ja minkälaisista asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?

## 2 Kirurgisen potilaan perioperatiivinen hoitotyö

### 2.1 Kirurgian taustaa

Ennen sairaiden parantajat jaettiin kahteen ryhmään: parantajiin, jotka hoitivat sisäisiä tautteja mm. yrteillä ja voiteilla sekä parantajiin, jotka hoitivat vammoja ja muita ulkoisia tautteja sitomalla tai leikkaamalla. Sisäisten tautien parantajista tuli ajan saatossa lääkäreitä ja ulkoisista parantajista kirurgeja. Sana kirurgi juontaa juurensa kreikan kielen sanasta *kheirourgos*, joka tarkoittaa käsityöläistä. Kirurgeina toimineiden parantajien perustehtävänä oli jo antiikin ajoista lähtien tapaturmissa ja sodissa syntyneiden haavojen hoito, sijoiltaan menneiden nivelten paikalleen asettaminen, luiden murtumien lastoitus sekä paiseiden avaaminen. Kirurgian ollessa vielä ulkoisten tautien hoitomenetelmä, alkoivat eräät rohkeat kirurgit 1600-luvulla kokeilla myös sisäisten vikojen korjaamista. 1800-luvulla kirurgia koostui elinten tai niiden osien poistamisesta sekä kasvainten, tulehdusten, epämuodostumien ja vammojen hoidosta. Leikkaukseen tulevan potilaan fysiologisen tilan ja siihen vaikuttavien patofysiologisten ilmiöiden tunteminen ja ymmärtäminen johti 1900-luvulla preoperatiivisen tilan korjaamiseen sekä nestehoitojen ja verensiirtojen käyttöön. 1900-luvun puolivälin jälkeen on rutiininomaisesti alettu ylläpitää potilaan nestetasapainoa ja tarkkailla vitaalielintoimintoja leikkauksen aikana. Myös leikkauksen jälkeinen potilaan tarkkailu sekä tehostettu hoito ovat vakiintuneet kirurgiassa. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 24-33).

Kirurgiseen hoitoon kuuluu erilaiset kajoavat toimenpiteet eli interventiot. Näitä toimenpiteitä ovat leikkaukset sekä erilaiset tähystykset. Tänä päivänä suurin osa potilaista saapuu toimenpiteeseen leikkausjonosta ajanvarauksella, jolloin kyseessä on elektiivinen eli suunniteltu toimenpide. Suomessa tehdään vuosittain yli 550 000 leikkausta, joista suunniteltuja elektiivisiä leikkauksia on 65 % ja päivystysleikkauksia 35 %. (Hammar 2011, 11).

Nykyään potilaat saapuvat leikkaukseen suoraan kotoa, niin kutsuttuina leiko- potilaina. Sairaalassa on joko leiko- yksikkö tai leiko- huone, johon potilaat tulevat ja josta he siirtyvät suoraan leikkaussaliin leikkaukseen. Leikossa potilaan vastaanottaa sairaanhoitaja, jonka tehtäviin kuuluu huolehtia potilaasta aina leikkaussaliin siirtymiseen asti. Leikon sairaanhoitajan tehtävänä on tarkistaa, että kaikki leikkaukseen liittyvät esivalmistelut on tehty. Leikkauksen jälkeisen valvonnan jälkeen, potilaat siirtyvät heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle jatkohoitoon. Mikäli potilaalla on pitkä matka sairaalaan tai leikkauksessa tarvitaan laajempia esivalmisteluja, voidaan potilas ottaa leikkausta edeltäväksi yöksi vuodeosastolle. Leikkauksen

jälkeen potilas siirtyy jälleen takaisin vuodeosastolle, josta hänet toipumisen jälkeen kotiutetaan. (Hammar 2011, 13).

Elektiivisen leikkauksen toteuttamiseen liittyy myös vasta-aiheita, jotka estävät suunnitellun leikkauksen toteutumisen. Elektiivistä leikkausta ei suositella tehtäväksi, mikäli potilaalla on akuutti jokin muu tauti, joka hoidettuna paranee tai tulee paremmaksi. Tällöin ennen leikkausta suositellaan akuutin taudin ensisijaista parantamista. Muita elektiivisen leikkauksen vasta-aiheita ovat: hoitamaton sydämen vajaatoiminta, sydäninfarktista kulunut enintään 3 kk, paheneva rasisusrintakipu, akuutti eteisvärinä kammiovasteella > 100/min, akuutti hengitysteihin liittyvä infektio, hoitamaton verenpainetauti, akuutti uremia (virtsamyrkytys), hoitamaton umpieritystauti tai potilaan huono ravitsemustila. (Roberts ym. 2010, 44-45).

## 2.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Leikkausta edeltävä hoito eli preoperatiivinen vaihe alkaa, kun lääkäri ja potilas ovat tehneet päätöksen leikkauksesta. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilaan hoidon vastuu siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466).

Monet eri tekijät vaikuttavat potilaan leikkaukelpoisuuteen sekä mahdollisiin leikkausta edeltäviin toimenpiteisiin. Potilaan fyysinen kunto, perussairaudet, fyysinen suorituskyky sekä käytössä oleva lääkitys tulee tarkastaa ennen leikkausta riskiluokan selvittämiseksi. Riskiluokan perusteella suunnitellaan leikkaukseen valmisteleva hoito, joka parhaiten edesauttaa potilaan postoperatiivista toipumista. Ennen leikkausta potilaan ohjaaminen on hyvin tärkeässä roolissa. Leikkaushoidot jaotellaan kolmeen eri riskiluokkaan: pieni, keski-suuri ja suuri riski. Potilaan kunnosta riippuvat riskit luokitellaan heikoksi, melko vahvaksi ja vahvoiksi. Mitä suurempi leikkaus on, sitä suuremmat ovat sen riskit. Potilaan ollessa perusterve tai hänen perussairautensa ollessa hyvässä hoitotasapainossa, ei hän yleensä tarvitse pientä leikkausta varten erityisiä tutkimuksia ja hänen riskinsä leikkauksessa ovat hyvin pienet. Potilaalle tehtävien preoperatiivisten tutkimusten tarvetta lisää usein potilaan ikä, sillä ikääntyessä elimistön toimintakyky heikkenee ja monien sairauksien todennäköisyys lisääntyy. (Käypä hoito 2009).

Leikkausta edeltävä valmistelu eli preoperatiivinen valmistelu pitää sisällään esitietojen ja oireiden kyselemisen, kliiniset tutkimukset ja tarvittavat laboratoriotutkimukset, ravitsemustilan korjaamisen, ihon kunnon tutkimisen, lääkityksen tarkistamisen sekä mahdollisesti tiettyjen lääkkeiden tauottamisen. Laboratoriotutkimukset tehdään hyvissä ajoin ennen leikkausajankohtaa niin, että potilas voi tulla suoraan sairaalaan elektiivistä leikkausta varten. Labo-



ratoriotutkimusten tarkoituksena on löytää oireettomat, hoitopäätöksiin leikkauksessa ja anestesiaan vaikuttavat sairaudet. Laboratoriotutkimuksilla voidaan myös selvittää potilaan muiden sairauksien hoitotasapaino. Perusverenkuva (PVK) saadaan selvitettyä potilaan yleistila sekä hapenkuljetuskyky. Tietyillä kohdistetuilla laboratoriotutkimuksilla voidaan selvittää potilaan terveydentilaa huomioimalla hänen sairautensa. Elektrolyyttitutkimukset suoritetaan munuaissairauksien, nesteenpoistolääkityksen ja umpieritysrauhasten sairauksien yhteydessä. Veren hyytymistutkimukset tehdään silloin, kun potilaalla on käytössään verenhyttymistä estävä lääke, anamneesissa verisuonileikkauksia tai potilaalla on maksan toiminnan häiriöitä. Kaikilta elektiiviseen leikkaukseen tulevilta yli 50-vuotiailta potilailta otetaan rutiinisti EKG eli sydänfilmi. Sydänfilmi tulee ottaa myös diabeetikoilta ja potilailta, jotka sairastavat verenpainetauti, sydän- ja verisuonisairautta, munuaissairautta, kilpirauhasen tai muuta aineenvaihduntaan liittyvää sairautta. (Hammar 2011, 14).

Potilaan ravitsemustilan korjauksen tavoitteena on turvata leikkauksessa tulleen haavan paraneminen. Ravitsemustila on otettava huomioon erityisesti syöpäpotilailla ja vanhuksilla. Lääkkeiden tauotus tai kerta-annosten pienentäminen sovitaan aina etukäteen, jolloin potilas pystyy noudattamaan hoito-ohjeita kotona ennen leikkausta. Hyvin usein ennen leikkausta tauotetaan verta ohentavat lääkkeet sekä tietyt vitamiinilisät, kuten Omega 3, jolla on myös verta ohentava vaikutus. Ravinnotta oleminen ennen leikkausta estää mahalaukun sisällön joutumista hengitysteihin leikkauksen aikana. Tälle aspiraatiolle altistaa mahanesteen lisääntynyt tilavuus tai happamuus, kohonnut paine vatsaontelossa sekä ruokatorven alemman sulku-jalihaksen heikko toimivuus, jolloin mahansisältö pääsee nousemaan ruokatorveen. Ennen leikkausta tulee olla ravinnotta 6-8 tuntia ja juomatta vähintään 2 tuntia ennen anestesiaa. Tupakointia suositellaan myös vältettäväksi kaksi tuntia ennen toimenpidettä. Esilääkityksen potilas voi ottaa pienen vesimäärän kanssa. (Hammar 2011, 14-15).

Monia potilaan lääkehoitoja voidaan yleensä jatkaa leikkauspäivään asti. Potilaan käyttämien neurologisten ja sydänlääkkeiden käytön jatkaminen on erittäin tärkeää, ettei potilaan tila pääsisi huonontumaan. Verenohennus varfariinilla tulee usein keskeyttää leikkauksen ajaksi, mutta lääkeytyksen keskeyttämisestä tai sen jatkamisesta päätetään yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan häntä hoitavan lääkärin kanssa. (Käypä hoito 2009). Potilaan anestesia- ja leikkauskelpoisuus sekä ihon kunto tarkistetaan, kun potilas saapuu sairaalaan. Anestesiologi arvioi potilaan anestesiakelpoisuuden ja vastaa nukutuksen aikaisesta lääkeytyksestä. Leikkauksessa käytettävä esilääkitys annetaan 1-2 tuntia ennen toimenpidettä. Esilääkkeen tarkoituksena on rauhoittaa potilasta, vähentää pelkoja sekä autonomisen hermoston reaktioita, vähentää leikkauksen jälkeistä kipua ja pahoinvointia sekä minimoida potilaan reaktioita anestesiassa käytetyille aineille. (Iivanainen ym. 2010, 466-474).

## 2.3 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen vaihe sisältää leikkauksen ja siihen välittömästi kuuluvan ajan. Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan vastaanottamisella leikkausosastolle ja päättyy potilaan siirtymään heräämöhön. Intraoperatiivisen hoitotyön tarkoituksena on tukea potilasta selviytymään toimenpiteestä lisäämällä potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta. Turvallisuudentunteen vahvistamiseen kuuluu sairaanhoitajan ihmisläheinen suhtautuminen potilaaseen sekä leikkausosaston henkilökunnan ammattitaitoinen toiminta. Leikkaus- ja anestesiaosastolle saapuu leikkaukseen sekä toimenpiteeseen tulevia potilaita. Leikkauksessa potilaan ihoon tai limakalvoille tehdään haava, kun taas toimenpide tehdään ruoansulatus- tai muun elimistön kanavan kautta tai punktoimalla ihon läpi. Intraoperatiivinen hoitotyö on moniammatillista ja tiiviiseen yhteistyöhön perustuvaa toimintaa. Intraoperatiiviseen moniammatilliseen ryhmään kuuluu hoitava lääkäri, anestesia lääkäri ja usein kolmesta sairaanhoitajasta koostuva tiimi. Kolmen hoitajan tiimi muodostuu anestesia sairaanhoitajasta, valvovasta sairaanhoitajasta sekä instrumentoivasta sairaanhoitajasta. (Iivanainen ym. 2010, 479-480).

Intraoperatiivinen hoitotyö perustuu potilaan itse ilmaisemiin sekä hoitohenkilökunnan ammattillisen asiantuntemuksen pohjalta määriteltuihin potilaan tarpeisiin. Sairaanhoitaja saa tietoa potilaan subjektiivisista tuntemuksista leikkauksen aikana kuuntelemalla ja havainnoimalla potilasta. Anestesia ja leikkaus vaikuttavat potilaan vointiin fyysisesti, joten ne voivat aiheuttaa muutoksia potilaan elintoiminnoissa. Tämän vuoksi potilaan fyysisellä tarkkailulla ja hoidolla on merkittävä osa leikkauksen kulussa. Intraoperatiivisen hoidon aikana potilaan tulee saada olla tasavertainen hoitoonsa osallistuja. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu huolehtia koko leikkauksen ajan potilaan hyvinvoinnista ja niistä eri toiminnoista, joihin potilas ei itse kykene. Yleisanestesiassa tai tajuttomana olevan potilaan kohdalla, tämä tarkoittaa potilaan elintoimintojen tarkkailua ja niiden tukemista. Mikäli potilas on hereillä leikkauksessa, tulee sairaanhoitajan informoida, ohjata ja neuvoa potilasta hoidon eri vaiheissa. Sairaanhoitajan tulee kertoa potilaalle perustellen mitä hän kulloinkin tekee. Kun potilas on jatkuvasti tietoinen mitä tehdään ja miksi, hän osallistuu ja on motivoituneempi osallistumaan hoitoonsa. Yksi keskeinen edellytys, koskien potilaan hyvää hoitoa leikkaus- ja anestesiaosastolla on hoidon suunnitteleminen etukäteen. (Iivanainen ym. 2010, 481-482).

## 2.4 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö alkaa, kun potilas vastaanotetaan heräämöhön. Postoperatiivinen vaihe on potilaan kuntoutus- ja toipumisvaihe. Postoperatiivinen hoi-

totyö päättyy potilaan toipuessä tai kotiutuessa leikkauksesta. Postoperatiivisen hoitotyön tavoitteena on huolehtia potilaan verenkierrasta, hengityksestä sekä muista elintoiminnoista, jotta potilaan toipuminen leikkauksesta ja anestesiasta sujuisi ongelmitta. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 304).

Heräämööön saavuttaessa potilas kytketään erilaisiin tarkkailulaitteisiin. Yleisanestesiassa leikatulle potilaalle annetaan happilisiä joko happiviiksillä tai - maskilla. Leikkauksessa mukana ollut anestesiahoitaja antaa heräämön sairaanhoitajalle raportin potilaasta. Raportista tulee käydä ilmi seuraavat asiat: potilaan nimi, lääkitys, allergiat, perussairaudet, leikkausdiagnoosi, anestesian ja toimenpiteen kulku, leikkauksessa käytetyt lääkkeet ja infuusiot, mahdollisen verenvuodon määrä sekä jatkohoitomääräykset. Heräämössä sairaanhoitaja seuraa potilaan hengitystä, hapetusta, EKG:tä ja pulssia monitorin avulla. Heräämössä potilaalle laitetaan myös verenpainemittari käsivarteen ja näin potilaan verenpainetta pystytään mittaamaan säännöllisin väliajoin. Potilaan tajunnantason seuraaminen kuuluu myös heräämön sairaanhoitajien tehtäviin. Elintoimintojen lisäksi leikkauksen jälkeen heräämössä potilaan kivun voimakkuuden tasoa arvioidaan sekä kipua lievitetään kipulääkkeiden avulla. Potilas saattaa tarvita muitakin lääkkeitä, i.v- nesteitä sekä verituotteita heräämössä ollessaan. Postoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu olennaisesti myös leikkausalueen haavojen tarkkailu, pahoinvoinnin seuranta ja sen hoitaminen sekä potilaan ruumiinlämmön säilyttäminen esimerkiksi lämpöpeittojen avulla. Leikatun potilaan siirtäminen jatkohoitoon kirurgian vuodeosastolle voidaan tehdä, kun potilas on tajuissaan, hänen elintoimintonsa ovat vakaat, potilas ei ole kivulias, potilaalle on määrätty tarvittava pahoinvointi- ja kipulääkitys, eikä potilas tarvitse enää kirurgisista syistä valvontaa heräämössä. Leikatut potilaat ovat yleensä hyvin hereillä yleisanestesian jäljiltä, siirryttäessä vuodeosastolle. Potilaan siirtämiseen vuodeosastolle tarvitaan anestesiaalääkärin lupa. Anestesiaalääkäri allekirjoittaa anestesiaalomakkeen sekä antaa kirjalliset jatkohoitomääräykset potilaan kivunhoidosta, leikkauspäivän nesteytyksestä sekä potilaan tilan seuraamisesta. Vuodeosaston sairaanhoitaja tulee hakemaan potilaan heräämöstä osastolle, kun on saanut tiedon potilaan siirtovalmiudesta. Potilas luovutetaan heräämössä suullisen raportin jälkeen ja hoitovastuu siirtyy vuodeosaston lääkäreille ja sairaanhoitajille. (Iivanainen ym. 2010, 492- 493).

Postoperatiivinen hoitotyö vuodeosastolla koostuu potilaan voinnin tarkkailusta sekä leikkauksesta toipumisesta. Tarkkailtaessa leikattua potilasta tulee hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota potilaan tajunnan tasoon, hengitykseen, pahoinvointiin, kipuun, drenien ja muiden letkujen erityksen määrään, virtsaukseen ja suolen toimintaan, haava- alueeseen, leikatun raajan ääreisosien tuntoon ja lämpöön sekä ihon tuntoon ja väriin. Myös leikatun raajan liikkuvuutta ja mahdollista puutuneisuutta seurataan. Vuodeosastolla leikatun potilaan verenpainetta ja happisaturaatiota mitataan säännöllisin väliajoin. Potilaan lämpö tulee myös mita-

ta. Kaikilla potilailla tulee olla määrättyä peruskipulääke, jota annetaan säännöllisin väliajoin sekä tarvittaessa otettavat vahvemmat kipulääkkeet. (Mustajoki ym. 2007, 304).

Leikatun potilaan voinnin kohentuessa, voidaan aloittaa varovainen ravitsemus sekä mobilisointuminen. Mikäli potilas on leikkauksessa puudutettu anestesian sijaan, saa potilas ruokailla useimmiten vapaasti. Ruokailu tulee kuitenkin aina aloittaa varovasti, jotta voidaan ehkäistä mahdollista pahoinvointia. Suolistoleikkauksien jälkeen ravitsemus suoritetaan aluksi suonsisäisten nesteiden avulla, toipumisen edetessä siirrytään nestemäisestä ruoasta tavalliseen ruokaan. Virtsan tuloa seurataan ja mikäli edellisestä virtsauksesta on kulunut yli 6 tuntia tai potilaalla on virtsaamisen tarve, mutta hän ei saa virtsattua, pitää potilas kertakatetreita. Potilaalle laitetaan kestopatetri preoperatiivisesti tai intraoperatiivisesti vain, mikäli kyseessä on iso ja pitkäkestoinen leikkaus. Jos potilaalla on vuodeosastolle saapuessaan kestopatetri, tulee virtsan määriä mitata. Postoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan mobilisointuminen. Hoitotyön tarkoituksena on kuntouttaa potilasta niin, että hän pystyy kotiutumaan hyvinvoivana. Ensimmäistä kertaa potilaan noustessa sängystä ylös operaation jälkeen, tulee sairaanhoitajan olla läsnä. Ortopedisille potilaille leikkaava lääkäri on jo etukäteen määrännyt raajojen varausluvut sekä siirtymistekniikat vuoteesta ylös ja takaisin vuoteeseen. Kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelee myös fysioterapeutteja, joiden yhteistyö potilaiden kanssa alkaa mobilisointi vaiheessa. Ennen potilaan ottamista sängystä ylös, tulee tarkastaa riittävä kipulääkitys, jotta ylösnousu on ylipäättään mahdollista. Fysioterapeutit käyvät yksilöllisesti läpi potilaiden kanssa liikerajoituksia, liikkumistekniikkaa, apuvälineiden käyttöä sekä antavat ohjeita osaston hoitohenkilökunnalle potilaan liikkumisesta. Fysioterapeuttien työaikojen ulkopuolella on kirurgisen osaston hoitohenkilökunnan tehtävänä jatkaa säännöllistä kuntoutusta osastolla. Fysioterapeutit seuraavat päivittäin potilaan edistymistä sekä kotiutumisen lähestyessä huolehtivat apuvälineiden toimituksesta potilaan kotiin. (Mustajoki ym. 2007, 305).

Ennen potilaan kotiutumista, annetaan hänelle kirjalliset kotihoito- ohjeet, jotka käydään vielä sairaanhoitajan kanssa suullisesti läpi. Suullinen ja kirjallinen ohjaus voidaan antaa myös omaisille, mikäli kyseessä on lapsi- tai iäkäs potilas. Potilasohjaus pitää sisällään ohjeistuksen mahdollisista ravitsemusohjeista, leikkaushaavan hoito- ja ompeleiden poisto- ohjeista, liike- ja kuntoutusohjeista, voimisteluohjeista, lääkehoito- ohjeista sekä pisto- ohjeet, koskien pienimolekyylisiä hepariinia. Potilasohjauksessa käydään läpi myös kotiutukseen liittyvät muut paperit, kuten reseptit, sairauslomatoistukset, jälkitarkastusajat sekä niihin liittyvien kontrolloitavien laboratoriotutkimusten ajankohdat. Potilasohjauksessa annetaan myös potilaalle tilaisuus kysyä hänelle epäselviä asioita sekä ohjataan omaisia potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Potilasohjauksen tuloksena voidaan tarvittaessa tilata potilaalle kotiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten palveluja, kuten kotihoidon tai kotisairaanhoitajan apua. Potilasohjauksen lopussa, tulee sairaanhoitajan varmistaa, että potilas on varmasti ymmärtä-

nyt hänelle annetut ohjeet. Potilaan kotiutuessa sairaanhoitaja kirjaa potilaan asiakirjoihin loppuarvioinnin potilaasta. (Iivanainen ym. 2010, 503-504; Mustajoki ym. 2007, 306).

### 3 Potilaan ohjaaminen

#### 3.1 Potilaan ohjaamiseen vaikuttavia tekijöitä

Potilaan ohjaaminen on yksi keskeisimmistä hoitotyön osa-alueista. Ohjauksella voidaan lisätä potilaan elämänhallintaa, sillä ohjauksen tavoitteena on, että potilas oppii hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Potilaan ohjauksella pyritään edistämään potilaan itsehoitotaitoja, tukemaan toimintakyvyn palautumista sekä auttamaan hyväksymään vamman tai sairauden mukanaan tuomia rajoituksia. Lääketieteen teknologian kehittyminen on vaikuttanut leikkauksien määrien lisääntymiseen sekä potilaiden hoitoaikojen lyhenemiseen viimeisten kymmenen vuoden aikana. Lyhentyneet hoitoajat vaativat erityisesti huomion kiinnittämistä potilaan ohjaukseen ennen sairaalaan tuloa, sairaalassa ollessa ja sairaalasta lähdettäessä. (Lipponen 2004, 1).

Potilasohjaus on sairaanhoitajien omaa ja vahvaa aluetta. Asiakassuhteessa ohjaus kulkee puolisena lankana koko hoitotyön ajan. Sairaanhoitajien hyvä koulutus, vankka teoriatieto, hyvät hoitokäytännöt ja hyvät vuorovaikutustaidot luovat hyvän pohjan potilaan ohjaamiselle. Potilasohjaus vaatii hyväksi havaitun ja tutkitun tiedon käyttämistä. Ohjaustilanteessa usein korostuvat sairaanhoitajan henkilökohtaiset taidot sekä luovuus. Potilasohjauksesta saattaa helposti muodostua välttämätön rutiini sairaanhoitajille kaiken kiireen keskellä. On kuitenkin syytä muistaa, että potilasohjauksella on suoria vaikutuksia hoidon laatuun sekä potilastytyväisyyteen. (Ohtonen 2006, 3).

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaan ohjaamiseen varattua aikaa on entistä vähemmän. Potilaiden tulisi kuitenkin saada riittävät valmiudet hoitaa itseään, jolloin ohjaaminen hoitoprosessin joka vaiheessa on tärkeää. Potilaslähtöinen ohjaus koostuu potilaan fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja ympäristöön liittyvistä taustatekijöistä. Ohjaus tulee tapahtua vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Potilaat odottavat ohjaukselta kannustusta, kuuntelemista, mahdollisuutta ilmaista sairauden aiheuttamia tunteita sekä positiivista palautetta. Potilaslähtöinen ohjaus taas vaatii hoitohenkilökunnalta valmiuksia, resursseja sekä toimintaympäristön organisoitua. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 10).

Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen vaikuttaa ohjaustarpeisiin. Potilaan fyysisistä ominaisuuksista esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden laatu ja sen kesto sekä sairauden vaikutus potilaan arkielämään vaikuttaa ohjaustarpeisiin. Potilaan fyysisillä ominaisuuksilla on myös vaikutusta, miten potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Ohjaustilanteessa potilaan psyykkisistä ominaisuuksista tulee huomioida muun muassa motivaatio itsensä hoitamiseen, terveystottumukset ja uskomukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet. Potilaan ja sairaanhoitajan motivaatiolla on tärkeä rooli ohjauksen onnistumisessa. Sosiaalisilla tekijöillä, kuten kulttuurisilla, uskonnollisilla ja eettisillä tekijöillä on vaikutusta potilaan jokapäiväiseen toimintaan. Potilaan henkilökohtaiset uskomukset, traditiot ja eettiset ajattelutavat tulisi ottaa myös huomioon potilasohjauksessa, sillä ne vaikuttavat oleellisesti potilaan toiminta- ja elintapoihin. Ympäristötekijöistä ohjaukseen vaikuttaa itse ohjaustilanteen lisäksi mahdolliset häiriötekijät. Fyysisenä ympäristönä paras on sellainen ympäristö, jossa voidaan ilman häiriötekijöitä keskittyä ohjaukseen. (Kääriäinen ym. 2005, 7-9).

### 3.2 Suullinen ohjaaminen

Suullista potilaan ohjaamista tapahtuu silloin, kun potilaan tilanteesta keskustellaan tavoitteellisesti vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Terveystieteiden ammattiryhmistä varsinkin sairaanhoitajat pitävät potilaan ja omaisten ohjausta tärkeänä ja olennaisena osana työtään. Kääriäisen ym. (2006) tutkimuksen mukaan, sairaanhoitajat käyttävät työpäivästään keskimäärin 2, 5 tuntia potilaan ohjaamiseen. Sairaanhoitajilla on parhaiten tietoa sairauksista, sairauden vaaratekijöistä, tutkimuksista sekä hoitotoimenpiteistä. Sairaanhoitajilla on heikosti tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja sairauden vaikutuksista potilaan perheeseen. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunnan paras ohjaustaito on vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaidot näkyvät keskustelussa vastavuoroisesti potilaan kanssa ohjaustilanteessa. Tutkimukseen osallistuneista hoitohenkilökunnasta lähes kaikki asennoituvat myönteisesti potilaan ohjaamiseen. Positiivisuus asenteissa näkyy motivaationa ohjata, sitoutumisena ohjaukseen sekä ohjauksen arvostamisena. Ohjaus syvensi potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä hoitosuhdetta, mutta vähensi taas aikaa hoitaa muita potilaita. Koko hoitohenkilökunta koki hallitsevansa ohjausmenetelmistä parhaiten suullisen ohjaamisen. (Kääriäinen ym. 2005, 5-9).

Potilailla on lakisääteinen oikeus saada hoitoonsa liittyvää tietoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilaat tarvitsevat tietoa sairaudestaan sekä jatkohoitosuunnitelmista kotiutuessaan tai siirtyessään jatkohoitopaikkaan. Hoitohenkilökunnalla on vastuu potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden toteutumisesta ohjaustilanteessa. Potilasohjauksella on tarkoitus tukea potilaan omia voimavaroja, niin että potilaan aktiivisuus lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan vastuun omasta toipumisesta sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hy-

vin. Suullisesti annettavassa potilasohjauksessa korostuu hoitohenkilökunnan ammattitaito, se pätevyys, jolla ohjausta toteutetaan. Hoitohenkilökunnan valmiudet ohjata potilasta sisältyvät ammatilliseen vastuuseen. Suullisessa ohjauksessa korostuu sairaanhoitajien tiedot, taidot ja asenteet. Suullista ohjaamista hoitohenkilökunta toteuttaa työssään jatkuvasti. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvät tiedot kulloinkin ohjattavista asioista sekä ohjausmenetelmistä sekä hyvät vuorovaikutustaidot ovat oleellinen seikka suullisessa potilasohjauksessa. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 122).

### 3.3 Kirjalliset potilasohjeet

Kirjallisten ohjeiden käyttö on toiseksi suosituin menetelmä potilasohjauksessa heti suullisen ohjaamisen jälkeen. Sairaalassa hoitoaikojen lyhenemisen vuoksi sekä aikaa että mahdollisuuksia henkilökohtaiseen ohjaukseen on yhä vähemmän. Ajanpuutteen vuoksi kirjallisten ohjeiden käyttäminen potilaan ohjaamisessa on noussut tärkeään rooliin, jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedon ennen hoitoa ja hoitosuhteen päättymisen jälkeenkin. Kirjallisissa ohjeissa on olennaista tietojen oikeellisuus sekä tavat, joilla niissä asioista kerrotaan. Kirjallisten ohjeiden tavoitteena on potilaiden kasvatusta ja vastaaminen potilaiden mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Kirjallisilla ohjeilla pyritäänkin vastaamaan potilaiden tiedon tarpeisiin. Kirjallisten potilasohjeiden avulla voidaan välttää väärinkäsityksiä, vähentää potilaiden ahdistusta sekä lisätä potilaiden tietoisuutta saatavilla olevista palveluista. Kirjalliset ohjeet on myös tarkoitettu antamaan potilaille ohjeita sairauteen liittyvistä asioista, valmistamaan potilasta erilaisiin tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttamaan potilasta sopeutumaan sairauteensa ja elämään sairautensa kanssa myös hoitojen aikana. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006).

Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu vain, jos potilaalla on käytettävissään kaikki olennaiset tiedot. Kirjallisen potilasohjeen tarkoituksena ei ole vain siirtää tietoa potilaalle, vaan se välittää myös viestiä potilaan asemasta terveydenhuoltojärjestelmässä sekä määrittelee käsitystä terveydestä ja sairaudesta. Yleensä kirjalliset ohjeet annetaan suullisen potilasohjauksen yhteydessä, jolloin potilaan ja hoitajan on mahdollisuus käydä läpi ja täydentää sitä. Kuvien ja selkeiden tekstifonttien käyttö kirjallisissa potilasohjeissa tekee ohjeista helppolukuisempia kaikille potilaille, iästä riippumatta. (Lipponen ym. 2006).

### 3.4 Puhelinohjaus

Puhelinohjauksella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan puhelimen välityksellä antamaa ohjausta, koskien potilaan terveyttä. Puhelinohjauksella voidaan hoitaa osa potilaiden terveysongelmia,

ilman lääkärikäyntiä. Samalla voidaan myös tarvittaessa ohjata potilas jatkohoitoon lääkärin vastaanotolle. Suomessa hoitotakuulain tullessa voimaan on terveydenhuollon palvelujen kysyntä kasvanut. Puhelinohjauksella varmistetaan potilaiden yhteyden saaminen nopeasti terveydenhuollon yksikköön, vaikka lääkäriaikaa ei heti pystyttäkään järjestämään. Puhelimen välityksellä annettavalla ohjauksella pystytään myös vähentämään tarpeettomien käyntien määrää terveydenhuollossa. (Lipponen ym. 2006, 79).

Puhelimessa hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä kokenut hoitohenkilökunnan jäsen. Terveydenhuollon ammattilaisella tulee kuitenkin olla mahdollisuus konsultoida yksikön lääkäriä. Puhelinohjauksessa ensisijaisen tärkeää on ohjausta antavan henkilön ammattitaito, jotta hän pystyy ohjaamaan potilaan oikeaan aikaan oikealle hoidon tasolle. Puhelinohjaus koostuu potilaan neuvonnasta, palveluohjauksesta ja mahdollisesta ajanvarauksesta. Puhelimitse tapahtuvaan neuvontaan, ohjaukseen tai muuhun potilaiden yhteydenottojen hoitamiseen, on katsottu kuluvan jopa 25 % sairaanhoitajan työajasta. (Martikainen, Turunen & Äijälä 2007, 88).

Puhelinohjaus edellyttää sairaanhoitajalta systemaattisuutta puhelinhaastattelun teossa ja hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa sekä arvioinnissa. Arvio potilaan voinnista ja hoidon tarpeesta perustuu sairaanhoitajan ammattitaitoon esittää tarkentavia lisäkysymyksiä sekä tarkennuksia. Puhelinohjaus vaatii kokemusta, harjoittelua sekä jatkuvaa koulutusta. Puhelimessa tapahtuva ohjaus vaatii sairaanhoitajalta myös vuorovaikutus- ja kuuntelutaitoa. Luottamuksellinen puhelinkeskustelu auttaa potilasta kertomaan tilanteestaan rehellisesti, mikä helpottaa sairaanhoitajaa päätöksenteossa. Sairanhoitajan arviointi potilaan hoidontarpeesta perustuu aikaisempiin potilastietoihin, objektiiviseen havainnointiin sekä tiedon keräämiseen. Hoidon suunnitteluun vaikuttaa potilaan ikä, sukupuoli, perussairaudet, potilaan itsehoitokyky, etäisyys hoitopaikasta ja hoidon saatavuus. Sairanhoitajan tulee arvioida hoidon kiireellisyys ja neuvoa potilaalle oikea paikka avun saamiseksi. Hoitopäätöksiä tehtäessä, tulee sairaanhoitajan puhelinohjauksen lisäksi järjestää tarvittaessa potilaalle lääkärinaika tai kuljetus hoitopaikkaan. Sairanhoitaja myös arvioi samalla miten potilas selviytyy kotona puhelinohjauksen jälkeen vai pitääkö potilas ohjata jatkohoitoon kiireellisyysluokitusten mukaan. (Lipponen ym. 2006, 78-79).



## 4 Opinnäytetyössä käytettävät metodit ja toteuttaminen

### 4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aiheen aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella seulotaan esiin tieteellisten tutkimustulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan myös perustella ja tarkentaa jo valittuja tutkimuskysymyksiä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä asian tiimoilta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hakemisesta ja valinnasta, tutkimusten laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on osoitettu olevan yksi luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla vältetään systemaattisia harhoja sekä osoitetaan mahdollisia puutteita tutkimustiedossa tai jo olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus saattaa lisätä alkuperäisten tutkimusten tarvetta tai estää uusien ja tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä. (Kääriäinen ym. 2006, 37).

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija käy läpi paljon tutkimuksia pyrkien asettamaan tutkimuksen sekä historialliseen että oman tieteenalansa asiayhteyteen. Näin tutkijan on helppo perustella, miksi juuri hänen tutkimuksensa on merkittävä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa hypoteesien testaamiseen, tutkimustulosten esittämiseen tiiviissä muodossa sekä tutkimusten johdonmukaisuuksien arvioimiseen. Tämä tieteellinen tutkimusmenetelmä voi paljastaa aiemmissa tutkimuksissa esiintyvät puutteet ja näin samalla tuoda esiin uusia tutkimustarpeita. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei välttämättä aina ole laaja- alainen, sillä työ voi olla lähdevalinnoiltaan kovinkin yksipuolinen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeää ensin vastata selkeään kysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioida valittujen tutkimusten laatua sekä referoida tutkimuksia realistisesti. (Salminen 2011, 9).

### 4.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on vanha analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan systemaattisesti kuvata ja järjestellä tutkimusaineistoa. Sisällönanalyysin tarkoituksena on aineiston avulla tuottaa tietoa tutkimuksen kohteesta ja kohteena olevasta ilmiöstä. Aineisto voi koostua tutkimuksista,

artikkeleista ja kirjoista. Sisällönanalyysi on pelkästään teorialähtöistä, joten tutkimusaineiston luokittelu perustuu olemassa olevaan teoreettiseen lähtökohtaan. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23-29).

Sisällönanalyysi on tekniikka, jonka avulla yritetään löytää kerätystä tutkimusaineistosta olennaiset ja niissä toistuvat asiat. Asioiden toistuvuus voidaan osoittaa laskemalla tutkimusvastausten esiintymisten määriä. Tutkijan tarkoituksena on koota tutkimusaineistosta käsitteitä, säännönmukaisuuksia ja päteviä päätelmiä vastatessaan tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysi koostuu kolmesta työvaiheesta: ensin aineisto pelkistetään, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään. Kolmas työvaihe on aineiston käsitteellistäminen teoreettisempaan muotoon eli abstrahoidaan. Aineiston abstrahointi tapahtuu yhdistelemällä samansisältöisiä ryhmiä, jolloin saadaan aineistoista esiin tullut ydinsanoma, vastausten olennaisin asia. (Lehtopuu 2010, 11-12).

Sisällönanalyysillä voidaan avata uusia näkökulmia jo tutkittuihin ilmiöihin. Yhdistämällä systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi voidaan hyödyntää tietyistä aihealueista tehtyjen tutkimusten laadullisia tuloksia. Näillä tuloksilla saadaan näyttöön perustuvaan hoitotyöhön yksittäisten tutkimusten sijaan laajasti tutkittua tietoa. (Kylmä ym. 2008, 23-29).

#### 4.3 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteuttaminen

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää elektiiviseen leikkaukseen tulevan aikuisen saamaa ohjausta sekä selvittää minkälaisista asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta. Seuraavien tutkimuskysymysten avulla selvitan potilaan saamaa ohjausta sekä potilaiden toiveita ohjauksesta.

Opinnäytetyössä selvitettävät ongelmat:

1. Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta hoitohenkilökunnalta?
2. Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset:

1. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen (Titta Kostjukova & Sanna Salanterä, Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Turun yliopisto, Turku 2008)
2. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana (Johanna Alakousa- Lahtinen, Pro gradu- tutkielma, Terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto, Toukokuu 2008)
3. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita (Tytti- Maarit Ervasti, Pro gradu- tutkielma, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Elokuu 2004)
4. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet (Kaija Lipponen, Pro gradu- tutkielma, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Joulukuu 2004)

#### 4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan perustella validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti eli pätevyys ilmaisee sen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoitus mitata. Validiteetilla voidaan todentaa mittaako tutkimus sitä, mitä sen avulla on tarkoitus selvittää. Mikäli tutkimustulokset osoittavat, että saatu tieto vastaa vallalla olevaa teoriaa tai pystyy niitä tarkentamaan ja parantamaan, on tulos validi. (Hiltunen 2009).

Reliabiliteetti eli luotettavuus ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittaus- / tutkimusmenetelmä mittaa haluttuja asioita. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Tutkimustulos on siis luotettava, kun tutkittavaa asiaa mitataan samalla mittarilla useamman kerran ja saadut tutkimustulokset ovat samat eri mittauskerroilla. (Hiltunen 2009).

Tässä opinnäytetyössä luotettavuus on huomioitu käymällä laajasti aiheeseen liittyvää aineistoa läpi. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää huolellinen kirjallisuuskatsauksen tekeminen sekä tutkimusten valinta. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset vastaavat hyvin opinnäytetyön ongelmiin. (Liitteet 1A, 2A, 3A, 4A).

## 5 Tulosten tarkastelu

### 5.1 Potilasohjauksessa käytettyjä menetelmiä

Tähän opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa selvisi, että potilaiden ohjaus on ollut monipuolista, mutta ohjausmenetelmien käyttö yksipuolista. Tutkimuksissa ilmenee, että suullinen ohjaus ja kirjallisten ohjeiden käyttö on pääasiallisin ohjausmuoto kirurgisen potilaan ohjauksessa.

Suullista ohjausta on annettu pääasiassa yksilöllisesti. Suullinen yksilöohjaus on pitänyt sisällään vuorovaikutteista keskustelua, potilaan toiveiden- ja tarpeiden huomioimista, ohjeiden perustelua sekä potilaalle annettavaa myönteistä palautetta. Hoito- ohjeita perusteltiin potilaille, miksi ohjeen noudattaminen on tärkeää sekä hoito- ohjeita kerrattiin. Ohjeiden perustelulla ja kertauksella pyrittiin vahvistamaan potilaan omaa motivaatiota itsehoitoon. (Liitteet 1A, 2A, 3A, 4A).

Suullisessa yksilöohjauksessa potilaat kuitenkin kokivat ilmapiirin olevan kiireinen ja että aikaa ohjaukselle oli liian vähän. Myös kielen ymmärrettävyys koettiin ajoittain huonona. Kuitenkin kielen ja hoito- ohjeiden ymmärrettävyyteen puututtiin kertaamalla ja varmistamalla potilaan ymmärrys hoitohenkilökunnan toimesta. Suurin osa hoitohenkilökunnasta mainitsi asettavansa potilaan tarpeet etusijalle ohjauksessa. Yksilöohjaukseen potilaat toivoivat omaisen läsnäoloa. Omaisten läsnäolo loi turvallisen ohjausilmapiirin sekä samalla potilaat kokivat ohjeiden vastaanottamisen helpommaksi, kun toinenkin henkilö oli ohjeita kuulemassa. (Liitteet 1A, 2A, 4A).

Tutkimuksissa nousi enemmän esille potilaan yksilöohjaus kuin ryhmäohjaus. Ryhmäohjausta käytettiin harvakseltaan, mutta tutkimustulokset siitä olivat positiivisia. Potilaat olisivat kaivanneet enemmän ryhmäohjausta, jossa vertaistuki olisi ollut aina läsnä. Ryhmäohjaukseen pystyttäisiin myös hyvin liittämään erilaisten ohjausvälineiden monipuolisempaa käyttöä kuten, videokasetteja ja tietokoneavusteista ohjausta. (Liitteet 2A, 3A, 4A).

Erilaiset hoito- ohjeet, kuten liikuntaohjeet olivat yleisesti käytössä kirurgisen potilaan ohjauksessa. Hoito- ohjeista esiin nousivat erilaiset liikunnalliset harjoitusohjelmat ja sauvoilla käveleminen. Hoito- ohjeet sisälsivät myös perustelut sille, miksi ohjeiden noudattaminen on kuntoutuksen kannalta tärkeää. Hoito- ohjeisiin olisi kuitenkin tutkimusten mukaan kaivattu tietoa haavan- ja kivunhoidosta sekä siitä, miten eri asentohoidot voivat vaikuttaa kipua lie-

vittävästi. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä ohjausmateriaalien ajanmukaisuuteen. (Liitteet 1A, 2A, 4A).

## 5.2 Potilasohjauksen kehittämiskohteita

Tässä opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten mukaan potilasohjaukseen oli tyytyväisiä puolet potilaista. Joten potilasohjauksessa riittää kehitettävää. Hoitohenkilökunta kaipasi potilaiden ohella selkeää ohjekansiota sekä tutkitun tiedon parempaa hyödyntämistä ohjeistuksessa. (Liitteet 4B).

Leikkausosastolla olleet potilaat kokivat, että heitä käsiteltiin kovakouraisesti ja tunteettomasti. Myös leikkausosaston sairaanhoitajien tiedot toipumisajoista koettiin huonoiksi. Hoitohenkilökunnan tiedot potilaiden sairauksien merkityksestä arkeen olivat välttäviä. Hoitohenkilökunta itse koki potilaan itsehoidon ohjauksen vaikeaksi. (Liitteet 3B).

Hoito- ohjeet koskien kipulääkkeiden käyttöä, haavanhoitoa, jatkohoitoa koettiin potilaiden keskuudessa puutteellisiksi. Jotkut potilaat olivat säästelleet kipulääkkeiden ottoa tai muuttaneet itse kipulääkkeiden annostuksia. Liikkumisen vaikutusta kipuun ei aina mainittu potilasohjeissa, mutta osa potilaista oli itse huomannut tämän. Rentoutumisen tai raajan hyvän asennon vaikutukset kivunlievitykseen ei saavuttanut potilaita. Myös henkilökunnan tiedot jatkohoidosta ja toipumisajoista koettiin välttäviksi. Viidennes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan. Potilaat, jotka saivat kirjalliset hoito- ohjeet, kokivat ohjeissa käytetyn kielen vaikeaksi. Tämän vuoksi potilaat kokivat, ettei teksti ole ymmärrettävää. (Liitteet 1B, 2B, 3B, 4B).

Liikuntarajoitukset olivat potilasohjeissa tarkkuudeltaan vaihtelevia. Tästä esimerkkinä osa potilaista muisti autolla ajamiskiellon olevan kaksi viikkoa kahden kuukauden sijaan. Tutkimuksissa ilmeni myös, että potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa kuntoutuspalveluista sekä sosiaalietuuksista. Myöskään aina ei potilaiden tiedossa ollut yhteystietoja, mihin ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä. Kirurgisen vaivan jatkohoidossa käytetään usein fysioterapiaa ja muita kuntoutuspalveluita. Potilailla ei kuitenkaan aina välttämättä ollut kuntoutuspalvelujen yhteystietoja tai tietoja palveluiden maksuehdoista. (Liitteet 1B, 2B, 4B).

Tutkimuksissa ilmeni, että hyvin harvoin potilaan omaisia otetaan mukaan ohjaukseen. Omaisen läsnäololla ohjauksessa on kuitenkin katsottu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan itsehoitoon sekä hoitoon motivoitumiseen. Omaiset olivat huomanneet, että nuoremmat hoitajat

pyysivät harvemmin heitä ohjaukseen mukaan. Potilaiden mielestä omaisten pyytämisessä ohjaukseen ja potilaan ohjauksen tarpeissa oli puutteita. (Liitteet 2B, 4B).

Ohjaukseen varattu aika koettiin monesti liian lyhyenä. Hoitohenkilökunta koki potilasohjauksen monesti jo etukäteen stressaavana työnsä kiireellisyyden vuoksi. Potilaat olivat myös huomanneet sairaanhoitajien jatkuvat työkiireet ja sen vuoksi he jättivät usein heitä askarruttavat kysymykset kysymättä. Ohjauksessa käytetyt tilat, olivat pääasiallisesti hyvät. Huonoiksi tiloja kuvailtiin silloin, kun potilaan yksityisyys oli vaarassa. (Liite 4B).

Potilasohjauksessa riittää tutkimusten mukaan haasteita. Erilaisten ohjausvälineiden, kuten videokasettien ja tietokoneavusteisten ohjelmien käyttö on suppeaa. Ryhmäohjausta, joka on koettu toimivaksi, käytetään liian vähän. Kirjallisten potilasohjeiden kieli ei aina ole potilaiden mukaan ymmärrettävää ja suullinen ohjaus koetaan kiireen sanelemaksi. Hoitohenkilökunta kaipaa ohjaukseen selkeitä ohjeita sekä perehdytystä eri välineiden käyttöön. Jatkohoitoon liittyvät asiat, kuten kuntoutus, mahdolliset komplikaatiot ja yhteystiedot jäävät usein huomioimatta. (Liitteet 1B, 2B, 3B, 4B). Potilasohjausta kehitettäessä on tärkeää perehdyttää hoitohenkilökuntaa, luoda ajan tasalla ja tutkittuun tietoon perustuvia ohjeita sekä varata ohjaukseen riittävästi aikaa. Näin potilastyytyväisyys kasvaa ja hoitohenkilökunta suhtautuu myönteisemmin potilaan ohjaamiseen, sillä suurin osa sairaanhoitajan työstä perustuu juuri potilasohjaukseen.

Abstrahoin tutkimustuloksia ja sain tärkeimmäksi ohjausmenetelmäksi dialogin eli sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen. Erilaisilla ohjeistuksilla, vuorovaikutuksella sekä potilaan kokonaisvaltaisella huomioimisella voidaan toteuttaa toimivaa potilasohjausta. Toimissaan hyvä dialogi pitää sisällään nämä kolme osa- aluetta. Ohjausmenetelmien ajantasaisuus korostui toteutettaessa erilaisten välineiden ja faktatietoon perustuvaa potilasohjausta. Tutkimustuloksissa ilmeni, että potilaat kaipaavat tänä päivänä teknillisten laitteiden avulla toteutettavaa ohjausta. Usein videot ja muut audiovisuaaliset välineet auttavat potilaita hahmottamaan ja sisäistämään kokonaisvaltaisemmin ohjattavan asian sisältöä. Annettavan tiedon ajantasaisuus on erityisen tärkeää, sillä hoitomuodot ja menetelmät kehittyvät uutuuvan tekniikan myötä jatkuvasti. (Liitteet 5A).

Tutkimustuloksia abstrahoidessa, joista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta, tärkeimmäksi aiheeksi nousi esiin laadukas ja monipuolinen potilasohjaus. Laadukkaaseen potilasohjaukseen pääsemiseksi potilaalle tulee yksilöllisesti selvittää hoitoon kuuluvat tärkeät asiat, kuten erilaiset ohjeistukset ja rajoitukset. Laadukas ja monipuolinen potilasohjaus vaatii kuitenkin paljon hoitohenkilökuntaresursseja sekä kiireetöntä ilmapiiriä. (Liitteet 5B).

## 6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millä menetelmillä kirurgiset potilaat saivat ohjausta hoitohenkilökunnalta ja minkälaisista asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta? Opinnäytetyön tutkimuskysymykset perustuivat potilasohjauksen monimuotoisuuteen sekä haasteisiin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa potilaille oikeuden saada ohjausta sekä osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan potilaalle tarpeeksi tietoa potilaan terveydentilasta, hoidosta ja hoidon merkityksestä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Kirurgista hoitotyötä kutsutaan nimellä perioperatiivinen hoitotyö. Tämä käsittää hoitotyön ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja sen jälkeen. Leikkauspotilaiden hoitoaikojen lyhentyessä on potilaan ohjaamiseen aikaa entistä vähemmän. Tästä huolimatta potilaiden tulisi kuitenkin saada riittävät valmiudet hoitaa itseään. Potilasohjauksen merkitys hoitoprosessin joka vaiheessa on hyvin tärkeää. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan päivittäisestä työajasta useampi tunti käytetään potilaiden ohjaamiseen. (Kääriäinen ym. 2004 1-5).

Potilasohjaus on sairaanhoitajien ominta ja vahvaa osaamisaluetta. Hoitosuhteessa ohjausta tapahtuu koko hoitoprosessin ajan. Potilasohjaukselle vahvan pohjan luovat sairaanhoitajien hyvä koulutus, vahva teorian tieto, hyvät hoitokäytänteet sekä vuorovaikutustaidot. Potilasohjauksesta voi helposti muodostua hoitohenkilökunnalle välttämätön rutiini kiireisen työn keskellä, mutta on syytä muistaa, että potilasohjauksella on suorat vaikutukset hoidon laatuun sekä potilastyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006, 3).

Potilaslähtöistä ohjausta tulee aina tavoitella. Potilaslähtöinen ohjaus koostuu potilaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta. Ohjauksessa tulee huomioida potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät. Potilaslähtöinen ohjaus tapahtuu aina vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tutkimusten mukaan potilaat odottavat ohjaukselta kannustusta, kuuntelemista, positiivista palautetta sekä mahdollisuutta kertoa sairauden aiheuttamista tunteista. Potilaslähtöinen ohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta ennen kaikkea riittäviä henkilökuntaresursseja sekä toimintamallien kehittämistä. (Kääriäinen ym. 2006, 10).

Opinnäytetyön keskeisin tavoite oli tutkia kirurgisen potilaan ohjaamisessa käytettyjä menetelmiä sekä perehtyä potilasohjauksessa ilmeneviin kehittämiskohteisiin. Ohjausmenetelmistä eniten käytettyjä olivat suulliset ja kirjalliset potilasohjeet. Potilasohjaukseen on kuitenkin käytettävissä useita muitakin menetelmiä, kuten puhelinohjaus, audiovisuaaliset menetelmät, demonstraatio ja ryhmäohjaus. (vrt. Lipponen 2006, Alakousa - Lahtinen 2008)

Potilaan ohjaaminen on haasteellista. Potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen vaikuttaa oleellisesti ohjaustarpeisiin. Potilaan henkilökohtaisiin ohjaustarpeisiin vaikuttaa muun muassa potilaan ikä, sukupuoli, sairauden laatu ja kesto sekä sairauden vaikutukset potilaan arkeen. Potilaan fyysiset ominaisuudet taas vaikuttavat siihen, miten potilas pystyy ottamaan tietoa vastaan ja käsittelemään sitä. Potilaan psyykkiset ominaisuudet vaikuttavat potilaan omaan motivaatioon, koskien itsensä hoitamista. Myös potilaan terveystottumukset, uskomukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet tulee huomioida potilaan ohjaamisessa. Potilasohjaukselle paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskittyä ohjaukseen ilman ulko-  
puolisia häiriötekijöitä. (Kääriäinen ym. 2006, 7-9).

Opinnäytetyön viitekehys tukee tutkimustuloksiani. Potilaat saivat perioperatiivista ohjausta, jossa pääasialliset ohjausmenetelmät olivat suulliset ja kirjalliset potilasohjeet. Alakousa-Lahtisen (2008) tutkimuksessa kuitenkin ilmeni, ettei viidennes potilaista saanut lainkaan kirjallista ohjausmateriaalia. Puhelinohjausta ei juuri esiintynyt valitsemissani tutkimuksissa. Ervastin (2004) tutkimuksen mukaan, jopa kolmasosalla hoitohenkilökunnasta oli negatiivinen asenne potilaiden ohjaamiseen. Hoitohenkilökunnan taidolliset valmiudet potilasohjaukseen olivat kaikkien tutkimusten mukaan hyvät. Kuitenkin hoitohenkilökunta kaipaa perehdytystä sekä koulutusta potilasohjausmateriaalin käyttöön. Tutkimusten mukaan potilasohjauksen kehittämiseen oli halukkuutta eri työyksiköissä. (Ervasti 2004, 1-13).

Tutkimustuloksissa ilmeni vakavat puutteet haavanhoidon, kipulääkityksen ja liikuntarajoitusten ohjaamisessa. Myös potilaalle annettavat yhteystiedot mahdollisten komplikaatioiden varalta jäi usein potilaille epäselviksi. Näihin ohjauksen puutteisiin saattoi vaikuttaa ohjauksen kiireinen aikataulu, jonka useimmat potilaat olivat huomanneet. Myös selkeän ohjauskielen puuttuminen ja kirjallisten ohjeiden kielen ymmärrettävyys ovat varmasti vaikuttaneet näihin asioihin. Tutkimuksissa potilaiden toiveina oli usein, että omaiset osallistuvat yhdessä potilaan kanssa potilasohjaukseen. Potilasohjauksen kehittämisen ja puutteiden korjaamisen kannalta omaisten mukaan ottaminen ohjaukseen näyttäisi vaikuttavan positiivisesti asioiden ymmärrettävyyteen sekä potilaan rohkeuteen kysyä epäselviksi jääneistä asioista.

Ervastin (2004) tutkimuksessa ilmeni, että leikkausosastolla olleet potilaat kokivat, että heitä käsiteltiin kovakouraisesti ja tunteettomasti. Tällaisen kokemuksen välttämiseksi hoitohenkilökunnan perehdytystä tulisi lisätä. Hyvä perehdyttäminen motivoisi hoitohenkilökuntaa yksilölliseen potilaan hoitoon.

Abstrahoin tutkimustuloksia ja sain tärkeimmäksi ohjausmenetelmäksi dialogin eli sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen. Erilaisilla ohjeistuksilla, vuorovaikutuksella sekä potilaan kokonaisvaltaisella huomioimisella voidaan toteuttaa toimivaa potilasohjausta. Toimissaan hyvä dialogi pitää sisällään nämä kolme osa- aluetta. Ohjausmenetelmien ajantasai-



suus korostui toteutettaessa erilaisten välineiden ja faktatietoon perustuvaa potilasohjausta. Tutkimustuloksissa ilmeni, että potilaat kaipaavat tänä päivänä teknillisten laitteiden avulla toteutettavaa ohjausta. Usein videot ja muut audiovisuaaliset välineet auttavat potilaita hahmottamaan ja sisäistämään kokonaisvaltaisemmin ohjattavaa sisältöä. Annettavan tiedon ajantasaisuus on erityisen tärkeää, sillä hoitomuodot ja menetelmät kehittyvät uusiutuvan tekniikan myötä jatkuvasti.

Tutkimustuloksia abstrahoidessa asioista, joista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta, tärkeimmäksi aiheeksi nousi laadukas ja monipuolinen potilasohjaus. Tähän voidaan päästä selvittämällä potilaalle yksilöllisesti erilaiset ohjeistukset, rajoitukset ja hoitoon liittyvät tärkeät tiedot. Laadukas ja monipuolinen potilasohjaus vaatii kuitenkin paljon henkilöstöresursseja sekä kiireetöntä ilmapiiriä.

Potilasohjausta kehitettäessä on tärkeää perehdyttää hoitohenkilökuntaa, luoda ajan tasalla ja tutkittuun tietoon perustuvia ohjeita sekä varata ohjaukseen riittävästi aikaa. Näin potilastyytyväisyys kasvaa ja hoitohenkilökunta suhtautuu myönteisemmin potilaan ohjaamiseen, sillä suurin osa sairaanhoitajan työstä perustuu juuri potilasohjaukseen.

Opinnäytetyössä käyttämäni tutkimukset valitsin tutustumalla mahdollisimman laajaan tutkimusmateriaaliin. Kirurgisen potilaan hoitotyöstä sekä potilasohjauksesta löytyy paljon tutkittua tietoa. Valitsemani tutkimukset keskittyivät kirurgisen potilaan ohjaamiseen. Sisällönanalyysiä tehdessäni huomasin, että kaksi valitsemaani tutkimusta keskittyi pelkästään kirurgisen hoitohenkilökunnan mielipiteisiin potilasohjauksesta. Näissä kahdessa tutkimuksessa nousivat esiin hoitohenkilökunnan mielipiteet toteutuneesta potilasohjauksesta sekä toiveet ohjauksen kehittämiseksi. Vaikka käytin kirjallisuuskatsaukseen paljon aikaa, olisin tarvinnut sitä enemmän, jotta olisin voinut perehtyä vielä monipuolisemmin olemassa oleviin tutkimuksiin. Nämä Ervastian (2004) ja Lipposen (2004) tutkimukset kuvasivat hyvin hoitohenkilökunnan käyttämiä ohjausmenetelmiä sekä ohjauksen kehittämistarpeita, mutta potilaiden näkökulmat ohjauksesta jäivät hyvin vähälle.

Mielestäni opinnäytetyön tulokset ovat luotettavia, sillä valitut tutkimukset koskivat kirurgisen potilaan hoitotyötä monipuolisesti ja tutkimuskysymykset ovat tarkkaan mietittyjä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, sillä kaksi tutkimusta ei täysin vastannut tutkimuskysymyksiin. Tässä opinnäytetyössä opin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisen, sillä tutkimusmetodina se oli minulle täysin vieras. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus antoi minulle uuden tavan hyödyntää tutkittua tietoa sekä samalla arvioida tutkimusten luotettavuutta. Kirurgisen potilaan ohjaaminen aiheena syntyi omasta mielenkiinnostani kirurgiseen hoitotyöhön. Työskennellessäni kirurgisella osastolla sairaalassa, koen potilasohjauksen ja sen haasteet tärkeäksi tutkimusaiheeksi. Tämän opin-

näytetyön myötä tulen entistä tarkemmin kiinnittämään huomiota antamaani potilasohjaukseen sekä huomioimaan entistä enemmän potilaiden yksilöllisiä ohjaustarpeita.

Sairaanhoitajan työssä koen itse haasteelliseksi pystyä vastaamaan jokaisen potilaan tarpeisiin ja odotuksiin. Potilaiden ohjaustarpeet vaihtelevat yksilöllisesti ja tämä asettaa haasteita potilasohjaukselle. Myös aikaa ohjaukselle tulee olla riittävästi, jotta ohjaus voidaan toteuttaa ilman kiireitä. Ajankäyttöön haasteita luo sairaanhoitajien kiireinen työ, isot potilasmäärät ja liian vähäiset hoitohenkilökuntaresurssit. Sairaanhoitajien tulisi kuitenkin kiireestä huolimatta osata luoda kiireetön potilasohjaus- tilanne. Kiireettömästä ohjauksesta hyötyvät niin organisaatio esimerkiksi potilastyytyvyyden parantumisella kuin potilaatkin välttymällä epävarmuudelta ja luottamalla omiin itsehoitokykyihin sekä lisäämällä motivaatiotaan parantua.

## Lähteet

Alakousa- Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Oulu.

Ervasti, T-M. 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro OY.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä 18.2.2009. Jyväskylän yliopisto. (Viitattu 18.2.2013).  
[http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf)

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Kostjukova, T. & Salanterä, S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan opettaminen. Tutkimuksia ja raportteja A:55/ 2008, Hoitotieteenlaitoksen julkaisu- ja. Turun yliopisto. Turku.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti 2/2008.

Käypä hoito. 2009. Leikkaukseen valmistautuminen. (Viitattu 5.2.2013).  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/khp00089?hakusana=>

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. 2005. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol. 3 (1) 2005.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja- lehti. Nro 10. 6.10.2006.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede vol 18, no 1.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede vol 18, no 1.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/ 785. ( Viitattu 14.2.2013.)  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehtopuu, H. 2010. Henkilöstönäkökulma toiminnan kehittämiseen terveydenhuollon organisaatiossa. Pro gradu- tutkielma. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lappi.

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Oulu.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. (Viitattu 14.2. 2013).  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: 45 121- 135. (Viitattu 14.2.2013).  
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597/2239>

Martikainen, E., Turunen, A. & Äijälä, O. 2007. Puhelinneuvontadokumentaation vaatimusten mukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus. Pohjois- Karjan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 1/2007. Joensuu. (Viitattu 14.2.2013).  
[http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen\\_kirjasto/isbn9789529793396.pdf](http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793396.pdf)

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) 2007. Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja- lehti. Nro 10. 6.10.2006.

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. Helsinki: Duodecim.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 2011. (Viitattu 14.2.2013).  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sonninen, E. 2006. Potilasohjaus elämänhallinnan tukena. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Kuopio.

Liitteet

Liite 1 (A)

Tutkimus: Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen

	Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen	<p>Leikkauksen jälkeisen liikkumisen ja kivunhoidon perusta oli kirjalliset potilasohjeet. (KIRJALLISET POTILASOHJEET)</p> <p>Hoito-ohjeiden oppimista kysyttäessä potilaat kuvasivat harjoitusohjelmaa ja sauvakävelyä. (LIIKUNTA OHJEET)</p> <p>Hoito- ohjeet miellettiin liittyvän liikkumiseen. (LIIKUNTA OHJEET)</p> <p>Yleisin oppimista edistävä asia oli kirjallinen ohje. (KIRJALLISET POTILASOHJEET)</p> <p>Vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan kanssa sisältyi suullinen ohjaus ja potilaan kysymät neuvot. (SUULLINEN OHJAUS, VUOROVAIKUTUS)</p> <p>Hoito- ohjetta perusteltiin, miksi ohjeen toteuttaminen on tärkeää. (HOITO OHJEIDEN NOUDATTAMINEN)</p> <p>Hoito- ohjeita toistettiin potilaille kahdella eri tavalla. (HOITO- OHJEIDEN KERTAUS)</p>
Titta Kostjukova & Sanna Salanterä, Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Turun yliopisto, Turku 2008)	

## Liite 1 (B)

	Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
<p>Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen</p> <p>Titta Kostjukova &amp; Sanna Salanterä Tutkimuksia ja raportteja A:55/2008 Hoitotieteen laitoksen julkaisuja Turun yliopisto Turku 2008</p>	<p>Jotkut potilaat olivat säästelleet kipulääkkeiden ottamista. (KIPULÄÄKITYS)</p> <p>Rentoutumisen tai jalan hyvän asennon vaikutus kivunlievitykseen ei saavuttanut potilaita. (ASENTOHOITO)</p> <p>Potilaat olivat itse huomanneet liikunnan autavan kivunhoidossa. (LIIKUNTA OHJEET)</p> <p>Potilaat olivat itse muuttaneet kipulääkeannoksia. (KIPULÄÄKITYS)</p> <p>Muutama potilas oli käyttänyt minimi kipulääkeannosta ollen kuitenkin kipeä. (KIPULÄÄKITYS)</p> <p>Yksi potilas oli ottanut puolisonsa kipulääkkeitä. (KIPULÄÄKITYS)</p> <p>Liikkumisen vaikutusta kipuun ei mainittu ohjeissa, mutta osa potilaista oli itse huomannut tämän. Potilaat kävelivät ja voimistelivat. (LIIKUNTA OHJEET, KÄVELY, VOIMISTELU)</p> <p>Liikuntarajoitukset leikkauksen jälkeen olivat tarkkuudeltaan vaihtelevia. (LIIKUNTARAJOITUKSET)</p> <p>Osa potilaista muisti autolla ajamiskiellon olevan kaksi viikkoa, kahden kuukauden sijaan. (TOIMINTARAJOITUKSET)</p>

	Hoito- ohjeista potilaat mainitsevan harjoitus- ohjelman ja sauvakävelyn. Kivunhoitoon ja haavanhoitoon ei liitetty ohjausta. (KIVUN- HOITO, HAAVANHOITO)
--	---

## Tutkimus: Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana

## Liite 2 (A)

	Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana	<p>Yli 70 % mielestä ohjaustilanteessa keskusteltiin tavoitteista ja ohjaus eteni suunnitelmien mukaan. (SUULLINEN OHJAUS)</p> <p>Potilaista 80 % sai ilmaista mielipiteensä hoito-ohjeista. (HOITO- OHJEET)</p> <p>Yli 90 % mielestä hoitohenkilökunta käytti ohjatesaan ymmärrettävää kieltä. (KIELEN YMMÄRRETTÄVYYS)</p> <p>Audiovisuaalisten välineiden käyttö ohjauksessa oli puutteellista. (AUDIOVISUAALISET VÄLINEET)</p> <p>Suullinen ohjaus oli käytetyin ohjausmenetelmä. (SUULLINEN OHJAUS)</p> <p>Kirjallisiin hoito- ohjeisiin oli tyytyväisiä 52 % potilaista. (KIRJALLISET HOITO- OHJEET).</p> <p>Ohjausta ryhmässä sai 30 % potilaista. (RYHMÄOHJAUS)</p>
Johanna Alakousa- Lahtinen Pro gradu- tutkielma Terveystieteiden laitos Oulun yliopisto Toukokuu 2008	



Liite 2 (B)

	Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana	<p>Potilaat saivat mielestään liian vähän ohjausta koskien sosiaali-etuuksia. (SOSIAALIETUUKKAT)</p> <p>Potilaiden tiedossa ei aina ollut se, mihin tulee ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä. (YHTEYSTIEDOT)</p> <p>Omaisten mukaan ottaminen ohjaukseen oli huonoa. (OMAISTEN HUOMIOIMINEN)</p> <p>Viidennes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia. (KIRJALLISET OHJEET)</p> <p>Osa potilaista koki, ettei kirjallisten ohjeiden kieli ollut ymmärrettävää. (KIELEN YMMÄRRETTÄVYYS)</p>
Johanna Alakousa- Lahtinen Pro gradu- tutkielma Terveystieteiden laitos Oulun yliopisto Toukokuu 2008	

Tutkimus: Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita Liite 3 (A)

	Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
<p>Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita</p> <p>Tytti- Maarit Ervasti Pro gradu- tutkielma Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Oulun yliopisto Elokuu 2004</p>	<p>Hoitohenkilökunta suunnitteli potilaan kanssa yhdessä ohjausta. (POTILAAN TOIVEIDEN HUOMIOIMINEN)</p> <p>Perioperatiiviselle ohjaukselle on ominaista suullinen yksilöohjaus. (SUULLINEN YKSILÖ-OHJAUS)</p> <p>99 % sairaanhoitajista käyttää suullista ohjaamista. (SUULLINEN OHJAAMINEN)</p> <p>Suullisen ohjauksen lisäksi hoitohenkilökunta käytti kirjallista materiaalia. (SUULLINEN OHJAUS, KIRJALLISET OHJEET)</p> <p>70 %:n mielestä hoitohenkilökunnan käytävissä oli ajan tasalla olevaa potilasohjausmateriaalia, välineistöä ja tutkimustietoa. (POTILASOHJAUSMATERIAALI, VÄLINEET, TUTKITTU TIETO)</p>

Liite 3 (B)

	Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
<p>Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita</p> <p>Tytti- Maarit Ervasti Pro gradu- tutkielma Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Oulun yliopisto Elokuu 2004</p>	<p>Leikkausosastolla olleet potilaat kokivat, että heitä käsiteltiin kovakouraisesti ja tunteettomasti. (POTILAIEN KOHTELU)</p> <p>Hoitohenkilökunnan tiedot toipumisajoista olivat huonot. (TOIPUMISAIKA)</p> <p>Hoitohenkilökunnalla oli tiedonpuutetta koskien potilaiden jälkihoitoa. (JÄLKIHOITO)</p> <p>Tiedon puutetta hoitohenkilökunnalla oli myös mahdollisista leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista, kotiuttamisesta, kuntoutuspalveluista ja sosiaalietuksista. (KOMPLIKAATIOT, KOTIUTTAMINEN, FYSIOTERAPIA, SOSIAALIETUUKSET)</p> <p>Itsehoidon ohjaus koettiin vaikeana. (POTILAIEN ITSEHOITO)</p>

Tutkimus: Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet

Liite 4 (A)

	Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet	<p>Vastavuoraisen keskustelun potilaan kanssa koki hallitsevansa hyvin 86 %. (DIALOGI)</p> <p>50 % hoitohenkilökunnasta hallitsee potilaan ohjaamisen vertaistukeen. (VERTAISTUKI)</p> <p>Äänikasetteja ja tietokoneavusteista ohjausta käytettiin vähiten. (ÄÄNIKASETTI, TIETOKONEAVUSTEINEN OHJAUS)</p> <p>Lähes puolelta puuttui kokemus ryhmäohjauksesta. (RYHMÄOHJAUS)</p> <p>Melkein kaikki hoitohenkilökunnan jäsenet kokivat hallitsevansa suullisen ohjauksen. (SUULLINEN OHJAUS)</p> <p>Yksilöohjaus hallittiin myös hyvin. (YKSILÖOHJAUS)</p> <p>85 % käyttää kirjallista materiaalia. (KIRJALLISET OHJEET)</p> <p>22 % osaa käyttää hyvin ääni- tai videokasetteja sekä tietokoneavusteista ohjausta. (ÄÄNI- JA VIDEOKASETTI, TIETOKONEAVUSTEINEN OHJAUS)</p> <p>Ohjaustilanteessa potilaalle annetaan mahdollisuus esittää kysymyksiä. (VUOROVAIKUTUS)</p> <p>Hoitohenkilökunta perustelee antamansa ohjeet. (PERUSTELUT)</p>

Kaija Lipponen  
Pro gradu- tutkielma  
Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos  
Oulun yliopisto  
Joulukuu 2004

	<p>Ohjauksen jälkeen tarkistetaan miten potilas on ymmärtänyt ohjeet. (HOITO- OHJEIDEN YMMÄRRETTÄVYYS)</p> <p>Suurin osa hoitohenkilökunnasta asettaa potilaan tarpeet etusijalle. (POTILAAN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN)</p> <p>Ohjauksen aikana annetaan myönteistä palautetta potilaalle. (MYÖNTEINEN PALAUTE)</p> <p>86 %:n mielestä ohjausmateriaali oli ajanmukaista. (OHJEIDEN AJANTASAISUUS)</p> <p>Vain 42 % hoitohenkilökunnasta on saanut koulutuksen ohjauksessa käytettäviin välineistöihin. (OHJAUSVÄLINEET)</p> <p>Kirjallisia ohjeita tulee laatia ja päivittää. (KIRJALLISET OHJEET)</p> <p>Ohjauksen kehittämiseksi ehdotettiin hoitotyön epikriisiä ja ohjekansiota. (OHJEKAN-SIO)</p>
--	--

Liite 4 (B)

	Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?
	alaluokka (YLÄLUOKKA)
<p>Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet</p> <p>Kaija Lipponen Pro gradu- tutkielma Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos Oulun yliopisto Joulukuu 2004</p>	<p>Tiedot potilaiden sairauksien merkityksestä arkeen olivat välttäviä. (SAIRAUKSIEN MERKITYS ARKEEN)</p> <p>Puutteellista oli tiedonanto koskien jatkohoittoa, hoitoon liittyviä riskejä, hoidon jälkeistä vointia sekä ongelmia. (JATKOHOITO, RISKIT, VOINTI, ONGELMAT)</p> <p>Tutkimustietoa ei osattu hyödyntää. (TUTKITTU TIETO)</p> <p>Omaisten ohjaamisessa ja potilaan ohjaustarpeiden huomioimisessa oli puutteita. (OMAISTEN OHJAAMINEN, POTILAAN TARPEET)</p> <p>Omaisten mukaan ottaminen oli nuoremmilla hoitajilla huonompaa. (OMAISTEN MUKAAN OTTAMINEN)</p> <p>Ohjausmenetelmien käyttö oli suppeaa. (OHJAUSMENETELMÄT)</p> <p>Videokasettien käyttöä ja ryhmäohjausta tulisi lisätä. (VIDEOKASETTI, RYHMÄOHJAUS)</p> <p>Potilaat kokivat ohjaustilanteet liian kiireisiksi. (KIIRE)</p> <p>Ohjaustilanteen kiireisyys ja työn paljous vaikuttivat potilaiden kokemuksiin. (KIIRE)</p>

Käsitteiden abstrahointi

Liite 5 (A)

Millä menetelmillä potilaat saivat ohjausta?		
ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kirjalliset potilasohjeet Liikunta ohjeet Hoito- ohjeet Hoito- ohjeiden kertaus Hoito- ohjeiden noudattaminen	Ohjeet	Dialogi
Suullinen ohjaus Vuorovaikutus Ryhmäohjaus Yksilöohjaus Dialogi Myönteinen palaute	Vuorovaikutus	
Kielen ymmärrettävyys Toiveiden huomioiminen Tarpeiden huomioiminen Vertaistuki Asioiden perusteleminen Ohjeiden ymmärrettävyys Ohjeiden ajantasaisuus	Potilaan huomiointi	Ajantasaisuus
Audiovisuaaliset välineet Ohjausvälineet Äänikasetti Tietokoneavusteinen ohjaus Videokasetti	Välineistö	
Tutkittu tieto Ohjekansio	Fakta tieto	

Liite 5 (B)

Mistä asioista potilaat olisivat tarvinneet ohjausta?		
ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kivunhoito Haavanhoito Asentohoito Itsehoito  Liikunta ohjeet Kävely Voimistelu Kirjalliset ohjeet Videokasetti Ryhmäohjaus Tutkittu tieto	Ohjeistus	Laadukas ja monipuolinen ohjaus
Liikunta rajoitukset Toiminta rajoitukset Toipumisaika Jälkihoito Komplikaatiot Fysioterapia	Rajoitukset	
Sosiaalietaidut Yhteystiedot Kotiuttaminen	Tärkeät tiedot	
Omaisten huomioiminen Kielen ymmärrettävyys Potilaiden kohtelu Potilaiden tarpeet Sairauksien merkitys arkeen Kiireellisyys	Potilaiden yksilöllinen huomiointi	